

Pneumoniapotilaan hoitoprosessi Jyväskylän kotisairaalassa

Hanna Vepsäläinen
Katri Mäkinen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2017
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitaja (AMK), hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä(t) Mäkinen, Katri Vepsäläinen, Hanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Toukokuu 2017
	Sivumäärä 41	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: kyllä
Työn nimi Pneumoniapotilaan hoitoprosessi Jyväskylän kotisairaалassa		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidaja (Amk)		
Työn ohjaaja(t) Sinikka Holma, Kaisu Paalanen		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tulevaisuuden palvelurakenne tulee suunnitella uudella tavalla, sillä ikääntyvä väestö tarvitsee yhä enemmän palveluja. Sairaalasoinen hoito on osittain siirtynyt kotiin. Tämä on ollut kannattavaa niin paikallisesti kuin kansainvälisesti tarkasteltuna. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutoksesta johtuen alkoi laitospaikkojen vähentäminen Suomessa 1980 ja 1990 – luvuilla. Potilaiden ja omaisten vaatiessa yksilöllistä hoitoa ja laadukasta palvelua tarvittiin erilaisia hoitovaihtoehtoja. Sairaalasoinen hoito, jota annetaan kotona, nousi yhdeksi vaihtoehdoksi. Suomessa kotisairaaloiminta aloitettiin -90-luvulla, ja sen toiminnan oletettiin olevan kustannustehokasta. Jyväskylässä kotisairaaloiminta käynnistyi maaliskuussa 2016.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata pneumoniapotilaan hoitoprosessi Jyväskylän kotisairaалassa, sekä havainnollistaa hoitoprosessi kaaviona. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa pneumoniapotilaan sairaalatasoisesta hoidosta kotiolosuhteissa. Kehittämistyön tuotoksena tehtiin kaavio, joka havainnollistaa ja selkeyttää pneumoniapotilaan hoitoprosessin Jyväskylän kotisairaалassa. Hoitoprosessin kuvaamisen tarkoituksena oli yhtenäistää työntekijöiden käytänteitä, lisätä potilasturvallisuutta ja mahdollistaa uusien työntekijöiden, sijais-ten ja opiskelijoiden perehtyminen Jyväskylän kotisairaalan hoitoprosessiin.</p>		
Avainsanat (asiasanat) kotisairaala, pneumonia, hoitoprosessi		
Muut tiedot		

Description

Author(s) Mäkinen, Katri Vepsäläinen, Hanna	Type of publication Bachelor's thesis	Date April 2017
	Number of pages 41	Language of publication:
		Permission for web publication: yes
Title of publication Pneumonia Patient's Treatment Process in Jyväskylä's Hospital at Home		
Degree programme Registered Nurse		
Supervisor(s) Holma, Sinikka. Paalanen, Kaisu.		
Assigned by		
<p>Description</p> <p>The future service structure must be designed in a new way, as the aging population will need more and more services. Hospital-level treatment has partially shifted to homes because this has been profitable both locally and internationally. The structural change of the social and health services led to reductions of institutional care in Finland in the 1980's and 1990's. This contributed to the expansion of the home hospital services. With patients and their relatives demanding personalized care and high-quality service, a variety of treatment options were needed. Hospital-level treatment given at home became one of the options. In Finland, the hospital at home practice was introduced in the 90's, and its procedures were assumed to be cost-effective. In Jyväskylä, home hospital operations started in March 2016.</p> <p>The purpose of this study was to describe pneumonia patients' treatment process in Jyväskylä's home hospital and graphically describe the treatment process already in use in practical work. The aim of this study was to raise awareness of pneumonia patients' hospital-level treatment in home conditions. As a result of this development work, a diagram was made which illustrates and clarifies pneumonia patients' care process in Jyväskylä's home hospital. The purpose of describing the treatment process was to standardise the practices of employees, increase patient safety and allow new employees, substitutes and students to become familiar with the treatment process of Jyväskylä's home hospital.</p>		
Keywords (subjects) Hospital at home, pneumonia, treatment process		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Kotisairaala toimintaympäristönä	7
2.1	Kotisairaala	7
2.2	Turvallisuus kotisairaalatoiminnassa	9
2.3	Terveysneuvonta ja potilaan ohjaus	13
3	Pneumoniapotilas ja hoito	14
4	Jyväskylän kotisairaalan hoidon organisointi	17
5	Tarkoitus ja tavoitteet	19
6	Kehittämistyön toteuttaminen	19
6.1	Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmä	19
6.2	Tiedonhaku prosessi ja kehittämistyön toteutus	21
7	Pneumoniapotilaan hoitoprosessi kotisairaalassa	23
7.1	Potilaaksi valikoituminen Jyväskylän kotisairaalaan	24
7.2	Hoitojakso kotisairaalassa	24
7.2.1	Käytännön asiat	24
7.2.2	Hoitosuunnitelma	25
7.2.3	Hoidon toteutus	26
7.3	Hoitojakson päätyminen	31
8	Pohdinta	32
8.1	Eettisyys ja luotettavuus	32

8.2 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	33
Lähteet.....	36

Kuviot

Kuvio 1. Pneumoniapotilaan hoitoprosessi kotisairaalassa	23
--	----

1 Johdanto

Pneumonia eli keuhkokuume on hyvin tavallinen sairaalatasoista hoitoa vaativa sairaus, jonka yleisyys lisääntyy ikääntymisen myötä. Euroopan alueella vuosittaisten kustannusten on arvioitu olevan terveydenhoitojärjestelmälle noin 10 miljardin luokkaa. Vuode-osastojen potilaspaikkojen määrää ollaan vähentämässä tulevaisuudessa säästösyistä. Suomen väestön ikääntyessä pneumoniatilaiden määrä lisääntyy tulevaisuudessa. Vuodesta 1996 vuoteen 2009 pneumoniatilaiden sairaalajaksot lisääntyivät 42 % ja kasvu johtui lähes kokonaan yli 65-vuotiaiden potilaiden hoitojaksoista. On arvioitu, että pneumoniatilaiden esiintyvyyden ja hoitokäytänteiden pysyessä samoina vuoteen 2030 pneumoniatilaiden määrä lisääntyy 25 %:a sekä sairaalajaksojen määrä nousee 49 % ja hoitopäivät kasvavat 70 %. (Koskela 2013, 1349–1355.)

Tulevaisuuden palvelurakenne täytyy suunnitella uudella tavalla, sillä ikääntyvä väestö tulee tarvitsemaan yhä enemmän palveluja. Sairaalatasoinen hoito on osittain siirtynyt kotiin, tämä on ollut kannattavaa niin kansallisesti kuin kansainvälisesti tarkasteltuna. Walesissa on tehty tutkimus, jossa tarkasteltiin potilaan hoitoa sairaalassa verrattuna hoitoon kotona. Tutkimuksen mukaan kotona tapahtuva hoito on halvempaa, ja se antaa potilaille mahdollisuuden valita ja vaikuttaa itse hoitoympäristöönsä. Walesissa tehdyn tutkimuksen mukaan on tullut ilmi, että sairaalaympäristö aiheuttaa erityisesti vanhuksille ahdistuneisuutta ja stressiä, mikä voidaan välttää kotona tapahtuvan sairaalahoidon ansiosta. (Manning 2016.)

Sosiaali- ja terveysten palvelujen rakennemuutoksesta johtuen alkoi laitospaikkojen vähentäminen Suomessa 1980 ja 1990 – luvuilla. Potilaiden ja heidän omaisten vaaties-

sa yksilöllistä hoitoa ja laadukasta palvelua tarvittiin erilaisia hoitovaihtoehtoja. Sairaalasoinen hoito, jota annettaisiin kotona, oli yksi vaihtoehto, ja kotisairaaloita alettiinkin perustaa 1990 – luvulla. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 11.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen eli Soten yhtenä tavoitteena on lisätä kotona annettavia palveluja. Palvelut tulee järjestää niin, että ne ovat tehokkaita, vaikuttavia ja tapahtuvat oikea-aikaisesti. Lisäksi päätöksen teon on tapahduttava lähellä ihmistä. (Sote uudistuksen tavoitteet n.d.)

Ensimmäinen kotisairaala Euroopassa perustettiin Pariisiin vuonna 1961. Kotisairaala toimintaa on järjestetty Suomessa 1990-luvulta lähtien, jolloin perustettiin ensimmäinen kotisairaala Tammisaareen. Kotisairaalassa hoidetaan sairaalatasoista hoitoa vaativia potilaita heidän kotonaan. Kotisairaalat toimivat Suomessa joko perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon alaisena. (Hägg ym. 2007, 15–16.)

Jyväskylän kotisairaala aloitti toimintansa maaliskuussa 2016 sekä Jyväskylän kaupungin että Keski-Suomen sairaanhoitopiirin vuoden mittaisena yhteishankkeena. Pneumoniapotilaat ovat tyypillisiä kotisairaalan hoidettavaksi tulevia potilaita. (Koivisto 2016.) Jyväskylän kotisairaalassa on hoidettu syyskuusta 2016 maaliskuulle 2017 välisenä aikana 31 pneumoniapotilasta (Koivisto 2017).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata pneumoniapotilaan hoitoprosessi Jyväskylän kotisairaalassa, sekä havainnollistaa hoitoprosessi kaaviona. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa pneumoniapotilaan sairaalatasoisesta hoidosta kotiolosuhteissa.

2 Kotisairaala toimintaympäristönä

2.1 Kotisairaala

Terveystenhuoltolaissa määritellään kotisairaalahoito määräaikaiseksi, tehostetuksi kotisairaanhoidoksi. Toiminta voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdistettynä järjestettyä palvelua. Lain perusteella hoitosuunnitelman mukaiset potilaan hoidossa käytettävät lääkkeet ja hoitotarvikkeet kuuluvat hoitoon. (Terveystenhuoltolaki 1326/2010, 25§.)

Kotisairaala on sairaalajohtoista, potilaan kotona ympärivuorokauden annettavaa sairaalatasoista hoitoa. Tyypillisimpiä hoidettavia ovat infektiopotilaat, postoperatiiviset potilaat ja saattohoitopotilaat. Kotisairaala on hoitoa toteuttava yksikkö, ei tutkimuksia tekevä, joten tärkeää on, että potilaalle on tehty diagnoosi ja hoitosuunnitelma. Potilaan tulee sitoutua hoitoon ja haluta saada sairaalatasoinen hoito nimenomaan kotiin. Kotona tapahtuvan hoidon etuna on potilaiden parempi elämänlaatu ja potilaan mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon. Kotona oleminen mahdollistaa normaalien kotiaskareiden suorittamisen voinnin mukaan. (Hägg ym. 2007, 139–141, 143.) Tämä ylläpitää luontaista toimintakykyä ja sosiaalista verkostoa. Kotisairaalan etuna ovat myös kuntoutuksen edistäminen, toipumisen nopeutuminen sekä riski sairaalainfektioihin vähenee. Kotisairaala on inhimillistä ja potilaan elämäntilanteen huomioivaa joustavaa hoitoa kotona. (Koivisto 2016.) Kotisairaalan potilaaksi sopii hyvin potilas, joka tarvitsisi sairaalahoitoa, mutta potilaan yleiskunto sallii kotiin annettavan sairaalatasoisen hoidon. Kotisairaalan tarkoituksena on korvata tai lyhentää

hoitoa vuodeosastolla erikoissairaanhoidossa tai terveyskeskussairaalassa. (Honkanen 2016.)

Käyntien ajoituksessa pyritään huomioimaan se, että käynnit aiheuttaisivat mahdollisimman vähän muutoksia potilaan elämään. Kotikäyntien määrän määrittää potilaalle määrätty hoito sekä hoidon tarve. (Hägg ym. 2007, 143.) Käyntien määrä voi lisääntyä, jos potilaan tila vaatii esimerkiksi tiheämpää seuranta. Toiminnan periaatteen on, että hoito toteutetaan potilaan kotona ja hänen ehdoillaan. Toistuvat käynnit terveysasemalla ja laboratoriossa jäävät pois ja kotisairaalan henkilökunta on tavoitettavissa ympärivuorokauden. Hoitotilanteen vaatiessa tai potilaan toivoessa potilas voi siirtyä vuode-osastohoitoon. (Sairaanhoitajan työnkuva kotisairaalassa 2016).

Useissa maissa on otettu kotisairaala tyyppistä toimintaa käyttöön, tavoitteena vähentää osastohoidon tarvetta ja lyhentää hoitoaikoja. Hoito voidaan aloittaa kotona lääkärin arvioinnin jälkeen, tai potilaita voidaan myös kotiuttaa osastolta aiempaa nopeammin kotisairaalan turvin. Tämän hyötynä on kustannusten leikkaaminen ja sairaalassa tapahtuvien haittatapahtumien väheneminen, sekä kuntoutuksen tapahtuminen kotioloissa. Tiedossa ei kuitenkaan ole, että onko kotona hoidettavien terveydentila parempi kuin sairaalassa olevien. (Shepperd, Doll, Angnus, Clarke, Iliffe, Kalra, Ricauda & Wilson 2008.)

Tuoreessa tutkimuksessa Iso-Britanniassa on ollut kohteena paikallinen kotisairaala. Tutkimuksen mukaan vuosittaiset säästöt verrattuna sairaalaan ottamisella ovat olleet 1,28 miljoonaa puntaa. Tyypillisiä hoidettavia kotisairaalassa olivat virtsatietu-

lehdusta, pneumoniaa, sydämen vajaatoimintaa tai akuuttia munuaisvauriota sairastavat potilaat. (Beck, J., Kelly, J., Wilkinson, A., Cvorovic, V. & Chinn, D 2016.)

2.2 Turvallisuus kotisairaaloiminnassa

Koti toimintaympäristönä on kotisairaaloiminnalle haaste. Se on ensisijaisesti potilaan koti mutta samanaikaisesti työntekijän työympäristö. Turvallisuudesta puhuttaessa tulee kiinnittää huomiota sekä työntekijän turvallisuuteen että potilasturvallisuuteen. Potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa sairauteensa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja potilaalle hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (Mitä on potilasturvallisuus 2014.) Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009). Potilasturvallisuuteen katsotaan kuuluvaksi hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuus, lääkehoito sekä laiteturvallisuus, joka koskee lääkinnällisiä laitteita ja niiden turvallista käyttöä (Mitä on potilasturvallisuus 2014). Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan hoitomenetelmien turvallisuutta sekä niiden käytännön toteutukseen liittyvää turvallisuutta. Hoitamisen turvallisuus sisältää kaikki mahdolliset poikkeamat potilaan hoitoprosessissa. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13). Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista ylläpitää ja edistää niiden käytön turvallisuutta (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010 5§).

Terveydenhuollon laitteella tarkoitetaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä, ohjelmistoa, materiaalia tai muuta yksinään tai yhdistelmänä käytettävää laitetta tai tarviketta, jonka valmistaja on tarkoittanut käytettäväksi ihmisen hoitamiseen (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010 1§).

Lääkehoidon turvallisuus jaetaan lääkitys- ja lääketurvallisuuteen. Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta sekä haittatapahtumien välttämiseen, ehkäisemiseen ja korjaamiseen liittyviä toimia. Tähän kuuluu kaikki organisaatioiden periaatteet ja toiminnot joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan turvallinen lääkehoito. (Potilasturvallisuus 2017.) Lääketurvallisuus tarkoittaa yksittäisen lääkkeen turvallisuutta, jota on tutkittu laajasti ennen lääkkeen käyttöönoton hyväksymistä. Kaikissa sosiaali- ja terveysministeriön lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä tulee olla lääkehoitosuunnitelma. Suunnitelmaan on hyvä koota kaikki organisaation lääkehoitoon liittyvät ohjeet ja ohjeistukset. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 13–16.) Suunnitelma toimii hyvänä käytännön työvälineenä ja sitä tulee päivittää lääkehoidon muuttuessa. Lääkehoitosuunnitelmasta tulee selvittää miten organisaatiossa lääkehoito toteutetaan. Samalla se toimii hyvänä lääkehoidon perehtymisen oppaana. (Kinnunen 2013, 99–100).

Kotona tapahtuva lääkehoito vaatii sairaanhoitajalta laajaa tietämystä erilaisista lääkkeistä ja lääkehoidoista sekä niihin liittyvistä seurannoista. Kotona annettavassa lääkehoidossa korostuu sairaanhoitajan ohjaukselliset taidot. Sairanhoitajan tulee kertoa ymmärrettävästi potilaalle mitä lääkettä annetaan, miksi lääkettä annetaan ja milloin lääkettä annetaan. Potilaalle on tärkeää kertoa myös miten lääke vaikuttaa, milloin vaikutusten pitäisi alkaa tuntumaan, ja mitä sivuoireita lääkehoidosta voi aiheutua. (Hägg ym. 2007.) Sairanhoitajalla tulee olla valmius toimia hätätilanteessa esimerkiksi jos potilas saa lääkeaineesta anafylaktisen, henkeä uhkaavan, allergisen reaktion. Potilaalle ja hänen omaiselleen tulee ohjata ja opastaa yksiselitteisen perusteellisesti anafylaktisen reaktion oireet ja toiminta-ohje. Käytettäessä kotona suorisivuisia lääkkeitä tulee hoitajalla olla mukana adrenaliinia. Lisäksi hoitajan tulee tunnistaa anafylaktisen reaktion oireet ja hoito sekä ohjata potilas aina jatkohoitoon.

sairaalaan anafylaktisen reaktion jälkeen. (Sairaanhoitajan työnkuva kotisairaalassa 2016.)

Kotona tapahtuvassa lääkehoidossa tulee huomioida lääkkeiden kuljettamiseen ja säilyttämiseen liittyvät seikat, kuten esimerkiksi säilytyslämpötila, valolta suojaaminen ja lääkkeiden hävittäminen. Säilyttämisessä noudatetaan lääkepakkausten ilmoittamaa säilytyslämpötilaa. Lääkkeiden käsittelyssä ja lääkehoidossa noudatetaan aseptista työtapaa. Käytetään suojakäsineitä, puhtaita välineitä ja huolehditaan turvallisesta työtavasta. Jokaisen potilaan luona on tarkistettava, että antaa oikeaa lääkettä, oikealle potilaalle, oikean määrän ja oikeaan aikaan. Pääsääntöisesti hoitaja valmistaa lääkkeen käyttökuntoon vasta potilaan kotona. (Inkinen ym. 2015, 41–44.)

Työntekijän turvallisuudesta määrää työturvallisuuslaki. Työturvallisuuslain tarkoituksena on

parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua työtapa-turmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden, jäljempänä terveys, haittoja. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 1§.)

Potilaan kotona hoitajan on toimittava potilaan ehdoilla unohtamatta omaa hyvinvointia, turvallisuutta ja terveyttä (Hägg ym. 2007, 17). Kotona turvallisessa työskentelyssä täytyykin jatkuvasti kiinnittää huomiota ennakointiin, harkintaan ja suunnitelmallisuuteen (Ikonen 2013, 181–182).

Hoitaja kohtaa työssään erilaisia työturvallisuutta vaarantavia riskejä. Kotona tapahtuva hoito koetaan usein sekä fyysisesti että psyykkisesti raskaana työnä. Työn raskaana kokemiseen saattaa vaikuttaa potilaiden ahtaat asunnot sekä makuuhuoneiden matalat vuoteet heikkoine valaistuksineen. Työvälineiden puute ja avustaminen potilaiden siirroissa tai ahtaissa pesutiloissa kuormittavat hoitajia. (Ikonen 2013, 181–182.) Perusperiaatteena ergonomiassa on se, että vältetään potilaan nostamista ilman apuvälineitä ja työskentelemistä huonoissa työasennoissa. Kurkottelu, kumartelu ja lattiatasossa työskentely eivät ole ergonomisia työskentelytapoja, joten niitä tulisi välttää. (Potilassiirrot n.d.) Kotieläimet saattavat muodostaa riskitekijöitä hoitajan työhön. Oman haasteen työhön tuo liikkuminen potilaan luota toisen luo. Potilaspaikkoja on useita ja matkaan kuluu aikaa. Aikatauluista voi olla haasteellista pitää kiinni. (Hägg ym. 2007, 17.)

Aseptinen työskentely pyrkii ehkäisemään mikrobien lisääntymistä ja niiden pääsyä potilaan elimistöön. Sen kulmakiviä on aseptinen työjärjestys. Kotona tapahtuvan hoidon aseptiikka alkaa jo kotisairaalan toimistossa esivalmisteluja tehdessä. Hoitajan tulee kotiooloissakin tarvittaessa käyttää suojavaatetusta: suojatakia, suunenäsuojusta ja suojakäsineitä. Potilaalle ja omaisille tulee korostaa heidän osuuttaan infektiorjunnassa. Erityisesti hyvästä käsihygieniasta huolehtiminen on merkittävää: käsien pesu, desinfektio ja mahdollisten ihorikkojen suojaaminen. (Hägg ym. 2013, 143–145.)

2.3 Terveysneuvonta ja potilaan ohjaus

Terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila WHO:n määritelmän mukaan. Kuitenkin ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset, sekä hänen arvonsa ja asenteensa vaikuttavat tunteeseen omasta terveydestään. (Huttunen 2015.) Terveysneuvonnalla pyritään edistämään terveyttä. Se on prosessi, jossa pyritään parantamaan ihmisen mahdollisuuksia huolehtia itsensä ja ympäristönsä hyvinvoinnista. (Laaksonen, Suvivuo & Kuukasjärvi toim. 2015, 9.) Terveystieteiden lain mukaan terveysneuvonnan kuuluu sisältyä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin (Terveystieteidenlaki 2010/1326, 13§). Terveystieteen edistäminen on perinteisesti mielletty perusterveydenhuollon vastuulle. Erikoissairaanhoidon mukana olo on merkittävää sen auktoriteettiaseman vuoksi, siellä voidaan vaikuttaa pienelläkin väliintulolla potilaan terveystottumuksiin. (Rigoff & Herrala 2010, 32, 34.) Potilasohjauksessa potilas saa neuvoja, tietoa ja ohjeita, hän pohtii ja arvioi sekä suunnittelee omaa hoitoaan yhdessä ammattilaisen kanssa. Tavoitteena on motivoida ja tukea potilasta hänen omassa tilanteessaan. (Potilasohjaus 2016.) Omaisten tukeminen ja ohjaaminen kuuluvat hoitajan tehtäviin kotona tapahtuvassa hoitotyössä. Omaiset tarvitsevat tukea vaikeissa hoitotilanteissa ja kriiseissä. (Ikonen, 2013, 41.)

3 Pneumoniapotilas ja hoito

Pneumonia eli keuhkokuume on tavallinen, usein sairaalahoitoa vaativa sairaus. Se on tavallinen sairaus erityisesti vanhuksilla ja pitkäaikaissairailla. Sairaudessa keuhkokudos on tulehtunut, ja siihen liittyy akuutin infektion oireita. Tartunnan voi saada sairaalassa tai sairaalan ulkopuolella, ja taustalta voi löytyä muita pneumonian syntyä edistäviä tekijöitä. Sairaalan ulkopuolella taudin aiheuttaa useimmiten pneumokokibakteeri, mutta myös virukset, parasiitit tai sienet voivat olla pneumonian aiheuttajia. Pneumonian syntyä edistäviä tekijöitä ovat aspirointi eli ruoan tai juoman vetäminen henkeen, krooninen keuhkosairaus, immuunivastetta heikentävä hoito tai leikkaus. Lasten keuhkokuume on yleensä virusperäinen. Taudinkuvan perusteella ei voida päätellä pneumonian aiheuttajaa. Hoidon kannalta sairautta pidetään aina bakteerin aiheuttamana. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2015, 448–449.)

Pneumonia aiheuttaa Suomessa noin kaksi kolmasosaa kaikista hengityselinten aiheuttamista kuolemista. Pneumoniaa esiintyy noin 7-20 tapausta 1000 asukasta kohti vuodessa. Sairastumisen riskiä lisäävät krooniset keuhkosairaudet, tupakointi, alkoholismi, vaikeat yleissairaudet, synnynnäinen immuunivajaus, pernan poisto ja HIV. Vanhuksilla (yli 75-vuotiailla) keuhkokuumetta esiintyy 34 tapausta 1000 asukasta kohti vuodessa. Vanhuksilla riskitekijöihin kuuluvat myös dementia ja laitoshoido. (Ahonen ym. 2015, 449.)

Pneumonian oireita ovat yskä, kuume, heikentynyt yleiskunto, hengenahdistus, hengityksen vinkuminen ja rintakehän kipu. Sairaus voi alkaa flunssan oirein, mutta voi muuttua myöhemmin vaikeammaksi, ja kuume voi nousta uudelleen. Kuume voi olla

horkkamaista, eli kuume nousee nopeasti ja siihen liittyy vilunväristyksiä. Märkäisiä tai verisiä ysköksiä voi esiintyä. Sairaus voi myös olla kuumeeton, tällöin oireena voivat olla sekavuus, vatsaoireet ja perussairauden paheneminen. (Honkanen 2015.)

Pneumonian diagnoosi perustuu keuhkoröntgenkuvaan, laboratoriotutkimuksiin ja kliiniseen tutkimukseen. Erotusdiagnostiikassa otetaan huomioon äkillinen keuhkoputkentulehdus, keuhkohtaumataudin pahenemisvaihe, sydämen vajaatoiminta ja keuhkokuvassa näkyvät vanhat muutokset. Lopullinen diagnoosi perustuu keuhkoröntgenkuvaan. (Honkanen 2015.) Laboratoriossa verestä mitattavalla CRP arvolla diagnosoidaan ja seurataan erilaisia akuutteja tulehduksia (Almiral, Bolibar, Toran, Pera, Boquet, Balanzo & Sauca. 2004, 1335–1336). CRP:n ollessa yli 100mg/l, se viittaa useimmiten pneumoniaan. Pneumokokin aiheuttama taudinmuoto voi olla nopeasti kehittyvä, jolloin CRP ei ehdi nousta taudin alkuvaiheessa. (Honkanen 2015.) Potilaalle tehdään kliininen tutkimus: lääkäri kuuntelee hengityssääniä, tunnustelee pulssia ja mittaa ruumiinlämmön (Ahonen ym. 2015, 450).

Kotisairaalassa on mahdollista hoitaa pneumoniatilasta, jonka vointi ei tarvitse jatkuvaa hoitoa eikä seurantaa, mutta sairauden hoitoon tarvitaan suonensisäistä antibioottia. Mikäli perussairaus vaatii happihoidon, sen käyttö jatkuu normaalisti pneumoniasta huolimatta. (Koivisto 2016.)

Pneumoniaa hoidetaan potilaan yleiskunnosta ja oireiden voimakkuudesta riippuen joko suun kautta annettavilla tai suoneen annettavilla antibiooteilla. Sairaalasoi-
sissa hoidossa aloitetaan antibioottihoito suonensisäisesti. Taudin hoidon kulmakiviä ovat myös lääkkeettömät hoidot: puoli-istuva asento, PEP-pulloon puhaltaminen ja happihoito tarvittaessa. Nestehoito aloitetaan lääkärin arvioinnin mukaan. Nestey-

tyksen tarve on yksilöllinen potilaan korkean kuumeen aiheuttaman kuivumisen vuoksi tai potilaan perussairauksista riippuen. Tarvittaessa kuivumisesta johtuvien veren suolojen (kalium ja natrium) menetystä korjataan joko suun kautta tai suonensisäisesti. Sopiva natrium- ja kaliumpitoisuus elimistössä ovat välttämättömiä solujen normaalin toimimisen kannalta. Potilaan fyysistä aktiivisuutta tuetaan hänen vointinsa mukaan, koska pitkä vuodelepo voi aiheuttaa laskimotukoksia (Matilainen 2015.)

Hoidosta vastaava lääkäri ja hoitohenkilökunta arvioivat lääkehoidon vastetta potilaan tilassa tapahtuvien muutosten perusteella. Seurannassa käytetään apuna erilaisia mittareita ja laboratoriokokeita. Potilaan yleistilan tarkkailu on keino seurata hoidon onnistumista. Potilaan ihon väriä ja tuntoa tarkkaillaan, näin seurataan verenkierron riittävyyttä ja normaalia lämpötilaa. Normaali hengitystiheys ja hengityssänet kertovat taudin paranemisesta. Sairaanhoidaja tarkkailee onko potilaalla hengenahdistusta tai kipua hengittäessä, nämä voivat olla merkkejä taudin pahenemisesta tai lääkkeen vaikuttamattomuudesta. Lisäksi seurataan potilaan yskää, limaisuutta ja verisiä ysköksiä, näiden pitäisi helpottaa paranemisen etenemisen aikana. Rintakehää tarkkaillaan myös epäsymmetrisyyden seuraamiseksi, koska tulehtunut puoli voi olla painunut. (Matilainen 2015.)

4 Jyväskylän kotisairaalan hoidon organisointi

Jyväskylän kotisairaaloiminta toteutetaan vuoden mittaisena pilottihankkeena yhdessä Jyväskylän kaupungin vanhuspalveluiden, avoterveyden huollon sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa (Kortelainen 2016). Kotisairaalan henkilöstöön kuuluu 15 sairaanhoitajaa sekä lääkäri. Hoitajat tekevät työtä kolmessa vuorossa ja lääkäri työskentelee virka-aikaan. Vuodepaikkoja on 6-12, riippuen potilaiden hoitoisuudesta. (Koivisto 2016.) Lisäksi kotisairaalan potilaina on ns. soittolistalaisia, joilla on lupa soittaa kotisairaalaan ja heidät voidaan nopealla aikataululla ottaa kotisairaalan potilaaksi. (Honkanen 2016). Soittolistalaiset ovat joko pitkäaikaissairaita tai saattohoidossa olevia potilaita, jotka eivät tarvitse tällä hetkellä jatkuvaa hoitoa, mutta heidän tilanteensa voi muuttua nopeasti. Soittolistalla olevilla potilailla on hoitosuhde kotisairaalaan, joten he saavat tarvittavan hoidon välittömästi ilman päivystyskäyntiä. (Mikkonen 2017).

Potilaat ohjautuvat Jyväskylän kotisairaalan pääsääntöisesti päivystyksestä, poliklinikoilta, terveysasemilta, alueen osastoilta tai kotihoidosta lääkärin läheteellä. Kotisairaalan tarjoaman hoidon pääpaino on lääketieteellisessä ja sairaanhoidollisessa osaamisessa. Hoito toteutetaan potilaan kotona ja hänen ehdoillaan. Hoidossa huomioidaan potilaan henkilökohtainen elämäntilanne sekä perhe. Kotisairaalan potilaalle tarjotaan hoito kotiin kattaen lääkärin kotikäynnit, laboratorionäytteiden oton sekä potilaan hoitoon tarvittavat lääkkeet. (Koivisto 2016.)

Kotisairaalan henkilökunta on potilaan tavoitettavissa ympäri vuorokauden, jokaisena viikon päivänä (Koivisto 2016). Kotisairaalan maksut eivät kerrytä kunnallisen terveydenhuollon vuosittaista maksukattoa (Asiakasmaksulaki 734/1992 6 a §). Tällä

hetkellä asiakasmaksut kotisairaалassa hoidon tarpeen ollessa enintään kaksi viikkoa ovat seuraavat: Kertamaksu lääkärin kotikäynnistä on 19,10e, kertamaksu sairaanhoidajan käynnistä 12,10e tai päivämaksu 20,90e. Päivämaksu muodostuu yli kaksi kertaa vuorokaudessa tapahtuvista käynneistä. Kotisairaalan hoidon kestäessä yli kaksi viikkoa tehdään potilaan tuloihin perustuva kotihoidon maksupäätös. Tässä tapauksessa lääkärin kotikäynnistä ei oteta erillistä maksua. Kotisairaalan maksuun kuuluu hoidossa tarvittavat lääkkeet, hoitotarvikkeet ja laboratoriokokeet. (Koivisto 2016.)

Matkaa Jyväskylän keskussairaалasta potilaan kotiin saa olla korkeintaan 20–30 minuuttia. Potilaan voinnin seuranta ei saa edellyttää jatkuvaa elintoimintojen seurantaa tai hoitoa. Potilaan on selviydyttävä päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti, läheisten turvin tai jo olemassa olevan kotihoidon turvin. Potilaan tulee olla yhteistyökykyinen ja sitoutua hoitoon kotona. Potilaan tulee kyetä soittamaan apua itselleen puhelimella. Kotisairaalan potilaana ei ole lapsia, päihteiden ongelmakäyttäjiä eikä kotisairaалassa tehdä verensiirtoja. Tyypillisimpiä potilasryhmiä ovat infektiopotilaat, suonensisäistä antibioottia ja nestehoitoa tarvitsevat potilaat, haavanhoito-, avanne- ja saattohoitopotilaat. (Koivisto 2016.) Jyväskylän kotisairaалassa on hoidettu syyskuun 2016 ja maaliskuun 2017 välisenä aikana 174 antibioottihoitoa vaativaa potilasta. Keskimääräinen hoitoaika potilailla on ollut 6,7 vuorokautta. (Koivisto 2017.)

Kotisairaala hoitaa myös haastavan kotiutuksen potilaita. Haastavan kotiutuksen potilaalla voi olla esimerkiksi tuore avanne tai haava, jonka hoito on vaativaa. Kotisairaala antaa haavanhoitoon sairaanhoidollista asiantuntijuutta ja opettaa potilasta, omaisia ja tarvittaessa kotipalvelun työntekijöitä haavan tai avanteen hoitoon. Haastavan kotiutuksen potilas voi olla myös esimerkiksi monisairas sydämen vajaatoimin-

taa sairastava potilas, joka tarvitsee kotiutuksen alussa suonensisäistä nesteenpoistolääkitystä sekä tarkempaa voinnin seurantaa. (Mikkonen 2017.)

5 Tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata pneumoniotilaan hoitoprosessi Jyväskylän kotisairaалassa, sekä havainnollistaa hoitoprosessi kaaviona. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa pneumoniotilaan sairaalatasoisesta hoidosta kotiolosuhteissa.

6 Kehittämistyön toteuttaminen

6.1 Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmä

Tutkimuksellisella kehittämistyöllä tarkoitetaan tavoitteellista, tuloksia parantavaa tai uutta tietoa tuovaa toimintaa. Kehittämistyö on aktiivista esimerkiksi työprosessien tai paremman työympäristön kehittämistä. Tavoite kehittämistyössä on aineeton tai aineellinen. (Kananen 2012, 21.) Kehittämistyössä hyödynnetään laadullisen ja määrällisen tutkimuksen menetelmiä, kun sillä ei ole olemassa omia menetelmiä (Kananen 2012, 25).

Kehittämistyöhön sisältyy erilaisia tehtäviä. Perustelussa vastataan kysymykseen: miksi jotain kehitetään juuri nyt, kuinka tavoitteisiin vastataan, ja mitä tehdään? Organisointia on käytännön toteutuksen suunnittelu ja valmistelu. Toteutus on konkreettista tekemistä, mutta myös pohtivaa ja analysoivaa. Arvioinnissa puntaroidaan perustelua, organisointia ja toteutusta. Viimeinen kehittämistyön alue on tulosten levittäminen. (Toikko & Rantanen 2009, 56–63.)

Kehittämistyö alkaa kohteeseen perehtymisellä. Kirjallisuuteen perehtymällä selvitetään, mitä aiheesta on aikaisemmin tutkittu ja kirjoitettu. Kehittämistyön tässä vaiheessa pohditaan, mistä tässä työssä oikein on kyse. Kysymyksen avulla voidaan hankkia ymmärrystä tutkittavasta kohteesta. Aiheeseen perehtymisen jälkeen kehittämistyön kohde rajataan ja määritellään tarkasti, jotta kyetään hallitsemaan kehittämistyötä. Ongelmatilanne täytyy ymmärtää, jotta voidaan saada aikaan ratkaisu. Ongelmaa voidaan ratkoa kysymyksiin: mitä tietoa tarvitaan ja mitä seuraavaksi pitää tehdä? Käsitteiden määrittely on avainasemassa ilmiön ymmärtämisessä. Keskeiset käsitteet käyvät ilmi tutkimusongelmasta. Kehittämistyössä hahmotetaan kohteeseen vaikuttavia tekijöitä ja asianomaisia, jotka voivat toimia hyvänä tiedonlähteenä ilmiöstä. Ratkaisun etsimisessä voidaan käyttää erilaisia kaavioita tai taulukoita. (Kananen 2012, 55–63.)

Jyväskylän kotisairaалassa ei ole hoitoprosessia havainnollistavaa kaaviota eikä käytännössä toimivan hoitoprosessin kriittisiä vaiheita ole kirjoitettu havainnollistettavaan muotoon. Kehittämistyön tavoitteet nousivat tästä asetelmasta. Tämän ongelman pohjalta lähdettiin perehtymään aiheeseen ja määrittämään keskeisiä käsitteitä. Tutkimuksellinen kehittämistyö valikoitui menetelmäksi sillä lähtökohtana meillä oli hoitoprosessikaavion tuottaminen. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tieto

syntyy käytännönyhteyksistä ja tavoitteena on käyttökelpoinen tieto. (Toikko ym. 2009, 54, 113). Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa pyritään yhdistämään konkreettinen kehitystoiminta ja tutkimuksellinen lähestymistapa. Tässä tiedon etsiminen lähtee käytännön tavoitteista ja päämääristä. Tutkimus vastaa kysymyksiin mitä, miksi ja kuinka. Kehittämistoiminnassa tavoite on yleensä hyvin tarkkaan määritelty ja konkreettinen. (Toikko ym. 2009, 19 – 20, 75).

6.2 Tiedonhaku prosessi ja kehittämistyön toteutus

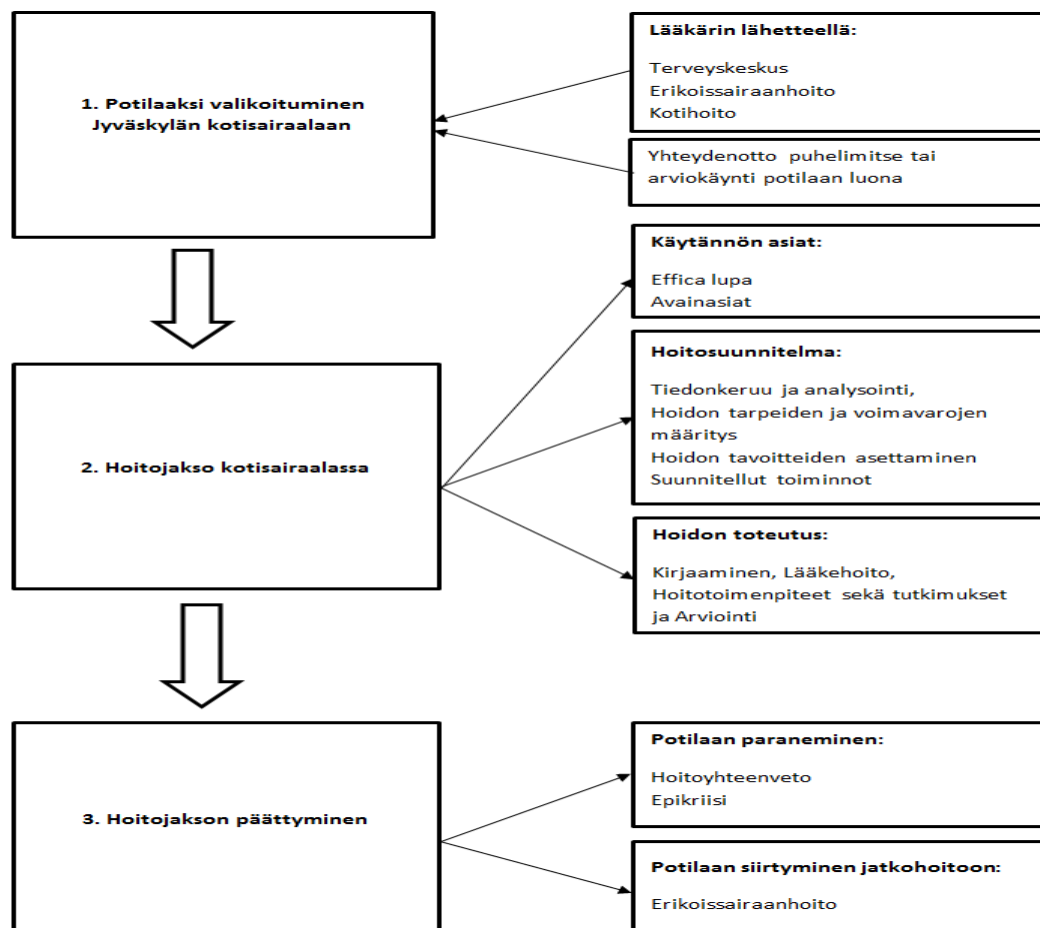
Työmme tavoitteena oli kuvata pneumoniotilaan hoitoprosessikaavio kotisairaala-
 lassa sekä havainnollistaa hoitoprosessikaaviona. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä
 tietoa pneumoniotilaan sairaalatasoisesta hoidosta koti-olosuhteissa. Teoreettinen
 tieto koottiin tavoitelähtöisesti. Keskityttiin pneumoniotilaan kotona tapahtuvaan
 sairaalatasoiseen hoitoon. Teoreettinen tieto pneumoniasta ja pneumoniotilaan
 hoidosta koottiin aiheeseen liittyvistä asiantuntija-artikkeleista ja näyttöön perustu-
 vasta tiedosta. Haussa käytettiin työn keskeisiä käsitteitä. Pneumoniasta löytyi näyt-
 töön perustuvaa tietoa Käypä hoito sivustolta, jossa on valtakunnallisia hoitosuosi-
 tuksia. Pneumoniasta kerättiin tietoa hakukoneita, kuten Medic, Arto, Pubmed ja
 Cinahl käyttäen. Yleistä tietoa kotisairaala toiminnasta haettiin yllämainituita haku-
 koneita käyttäen. Hakusanoina käytettiin kotisairaala, josta saimme 8 osumaa.
 Pneumoniasta saatiin 66 osumaa vuosivälillä 2010–2017. Englannin kielisiä lähteitä
 haettiin hakusanoilla hospital at home and pneumonia. Tuloksia näillä hakusanoilla
 tuli yhteensä 260.

Erilaisia opinnäytetöitä on tehty liittyen kotisairaaloimintaan, niitä etsittiin Theseus-
 hakupalvelun kautta. Jyväskylän kotisairaalan toiminnasta ja sairaanhoitajien työ-

kentelytavoista saatiin tietoa Jyväskylän kotisairaalan perehdytyskansiosta sekä opiskelijavastaavalta, joka on luvannut ohjata työtä ja tarkistaa tietojen oikeellisuuden kotisairaalan henkilökunnan puolesta. Tutkimusluvan saatua kotisairaala kysyttiin tilastoja pneumoniatilaiden määrästä ja hoitojaksojen pituudesta.

7 Pneumoniapotilaan hoitoprosessi kotisairaalassa

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin sairaanhoitajien työskentelytapoja hoitoprosessin eri vaiheissa ja kotona tapahtuvan hoidon erityispiirteitä. Kerätyn tiedon pohjalta työstettiin pneumoniapotilaan hoitoprosessia kuvaava kaavio (Kuvio 1). Kaaviossa on esitettyä Jyväskylän kotisairaalan pneumoniapotilaan hoitoprosessin kriittisimmät vaiheet.



Kuvio 1. Pneumoniapotilaan hoitoprosessi kotisairaalassa

7.1 Potilaaksi valikoituminen Jyväskylän kotisairaalaan

Hoitoprosessi Jyväskylän kotisairaalassa alkaa lähettävän yksikön lääkärin läheteestä. Potilaalla on diagnoosi sekä hoidon tarpeen määrittely tehty lähettävän lääkärin toimesta. Kotisairaalaan voidaan tehdä myös arviokäyntejä poliklinikalle ja vuodeosastoille. Arviokäynnillä kartoitetaan potilaan soveltuvuutta kotisairaalaan potilaaksi. Potilas voi olla jo osastohoidossa ja on siirtymässä kotisairaalan potilaaksi jatko-
hoitoon lääkärin läheteellä. Tällöin riittää, että vuodeosaston hoitaja ottaa yhteyttä kotisairaalan hoitajaan puhelimitse ja potilasta informoidaan kotisairaalan maksuista ja toiminnasta sekä annetaan kotisairaalan esite luettavaksi. Potilaan tulee olla itse suostuvainen tulemaan kotisairaalahoitoon. Lääkäri arvioi potilaan vointia, elintointoja sekä toimintakykyä, jotta turvallinen hoito potilaan kotona voidaan mahdollistaa. (Kotisairaalatoiminnasta 2016.) Tämän jälkeen tehdään päätös potilaan ottamisesta kotisairaalan potilaaksi ja potilaan hoitojakso kotisairaalassa alkaa.

7.2 Hoitojakso kotisairaalassa

7.2.1 Käytännön asiat

Onnistunut kotisairaala hoito vaatii potilaan sitoutumisen kotona tapahtuvaan hoitoon. Potilaan tulee ymmärtää, että potilaan sairauden tila vaatii sairaalatasoista säännöllistä hoitoa vaikkakin hoito annetaan kotona. (Hägg ym. 2007, 141.)

Potilaan tullessa kotisairaalan potilaaksi voidaan käytännön asioista sopia jo osastolla tai ensimmäistä kertaa potilaan kotona tavatessa (Koivisto 2016). Potilaalta pyydetään allekirjoitettavaksi tietojenkäsittelylupapaperi (Efficia lupa), joka lakiin perustuen tarkoittaa, että allekirjoitettuaan paperin potilaan tietoja voidaan käyttää ja tallentaa Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen potilastietorekisteriin (Henkilötietolaki 22.4.1999/52). Potilas voi antaa kotiavaimen kotisairaalan hoitajien käyttöön hoitosuhteen ajaksi, jolloin avaimen luovutuksesta tehdään sopimus, joka allekirjoitetaan myös. Avaimen luovutus helpottaa varsinkin yöaikaan tapahtuvien käyntien toteutumista. Potilaalle annetaan kotisairaalan esite ja kerrataan kotisairaalan maksut. Tulokset selvityslomake tarvitaan, mikäli potilaan hoitosuhde kotisairaalaan kestää yli kaksi viikkoa, jolloin tarvitaan tuloihin perustuva kuukausittainen maksupäätös. Potilaan kanssa keskustellaan aikatauluista ja käytänteistä, jotka sopivat juuri kyseisen potilaan kotona tapahtuvaan hoitoon. Olennaista on tarkistaa potilaan ja lähiomaisen yhteystiedot, jotta potilaaseen saadaan yhteys esimerkiksi aikataulumuutoksissa tai potilaan sairautta koskevissa asioissa. Potilaalla tulee olla myös kotisairaalan hoitajan yhteystiedot, jotta hän saa tarvittaessa aina yhteyden kotisairaalaan. (Koivisto 2016.)

7.2.2 Hoitosuunnitelma

Hoitosuhteen alussa jokaiselle potilaalle laaditaan hoitosuunnitelma, joka tehdään potilaan tarpeiden ja voimavarojen pohjalta potilaan kanssa yhteistyössä. Hoitosuunnitelma koostuu hoidon tarpeen määrittelystä, suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Hoidon tarve määritellään huomioiden diagnoosit, kognitiiviset ja psyykkiset voimavarat, fyysinen toimintakyky ja asuinolosuhteet. Sosiaaliset suhteet, sekä olemassa olevat edut ja palvelut ovat keskeisiä hoidon tarpeen määrittelyssä.

Sairaanhoidon toteutuksessa näyttöön perustuvien menetelmien avulla pyritään konkreettisiin tavoitteisiin. Menetelmät tulee kuvata tarkasti, koska niiden mukaan hoitohenkilökunta toimii. (Hoidon ja palvelun kirjaaminen Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalveluissa 2014, 1-4.)

7.2.3 Hoidon toteutus

Hoitotyön yksi tärkeä osa on tiedon dokumentointi eli kirjaaminen. Kirjaamisen avulla saadaan aikaan turvallinen tiedonkulku kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen kesken, sekä päästään tavoitteelliseen hoitotyöhön. Kaikilla potilailla täytyy olla kirjallinen ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma. (Hoidon ja palvelun kirjaaminen Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalveluissa 2014, 1-4.)

Potilaasta kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään käynnillä toteutuneet ja havainnoidut asiat. Potilaasta kirjataan toteutunut lääkehoito sekä potilaasta otettujen mittausten kuten verenpaineen ja happisaturaation tulokset. Hoitaja kirjaa sekä potilaan kokemuksen omasta voinnistaan että hoitajan havainnot ja arvion potilaan voinnista. (Sairaanhoitajan työnkuva kosisairaalassa 2016.) Kotisairaalan sairaanhoitajalta vaaditaan kokonaisvaltaista havainnointia potilaasta keskusteluiden lisänä. Sairaanhoitaja toimii viestin viejänä potilaan ja lääkärin välillä, sillä lääkäri käy potilaan kotona vain tarpeen vaatiessa. (Hägg 2007, 141.)

Päivittäiseen kirjaamiseen kotisairaalassa käytetään kotisa-lehteä. Kirjaaminen on rakenteista, siinä noudatetaan totuudenmukaisuutta, ja kirjoitustyyli on potilasta kunnioittava. Mittaustulokset, kuten verenpaine, pulssi, saturaatio ja paino, kirjataan kuumekurvalle. Kuumekurva on sairaanhoitopiirin käyttämän tietojärjestelmän osa.

Hoitotoimia tehdään noudattaen hoitosuunnitelmaa, samalla jatkuvasti arvioidaan potilaan hoidon tarvetta, sen hetkistä vointia, tavoitteiden saavuttamista ja hoidon tulosta. Suullinen raportointi toimii vuoronvaihdon yhteydessä, käytössä on myös hiljainen raportointi, eli hoitajat lukevat itsenäisesti tietokoneelta raportin. Hiljaista raporttia käyttäessä korostuu kirjaamisen merkitys, kaikki oleellinen tieto tulee olla kirjattuna. Kotikäynnit tilastoidaan myös käyttäen SPAT- luokituksia. Laskutus perustuu tilastointiin, kuinka monta käyntikertaa on vuorokaudessa. (Sairaanhoitajan työnkuva kotisairaалassa 2016.) SPAT koodien (suomalainen perusterveydenhuollon avohoidon toimintaluokitus) kautta kuvataan mitä käynneillä on tehty ja sillä saadaan näkyväksi hoitajien tekemä työ (SPAT-luokitus, 2016).

Sairaanhoitajan lääkehoidon keskeistä osaamista on lääkehoitoon liittyvä teoreettisen, että käytännön osaamisen yhdistäminen ja ymmärtäminen. Kaikilla kotisairaalan työntekijöillä tulee olla voimassaolevat lääkkeenantoluvat LOP ja LOVE suoritettuina. Sairaanhoitajan tulee kyetä tekemään päätöksiä potilaan kokonaistilanteen kannalta. (Ahonen ym. 2015, 67–68.) Kotisairaалassa toteutetaan paljon suonensisäistä lääke- ja nestehoitoa lääkärin määräysten mukaan. Yleisimpiä lääkkeitä kotisairaалassa ovat antibiootit, pahoinvointi- ja kipulääkkeet sekä rauhoittavat lääkkeet. Sairaanhoitaja laittaa pneumonian hoidossa tarvittavan perifeerisen kanyylin potilaalle lääkehoitoa varten. Potilas saa kotisairaалasta hoidettavan sairauden hoitoon kuuluvat lääkärin määräämät lääkkeet, kuten suonensisäiset antibiootit ja vahvat kipulääkkeet. Perussairauksiin kuuluvat lääkkeet potilas huolehtii itse. Potilaan lääkehoito tapahtuu lääkärin ohjeiden mukaan sairaanhoitajien toteuttamana. Sairaanhoitajat seuraavat lääkehoidon aikana potilaan vointia havainnoimalla potilasta sekä mittaamalla elintoimintoja. Hoitajat konsultoivat ongelmatilanteissa kotisairaalan lääkäriä. (Sairaanhoitajan työnkuva kotisairaалassa 2016.)

Potilaan kanssa tarkistetaan potilaan lääkelista eli mitä reseptilääkkeitä potilaalla on käytössä, ja mitä itsehoito- ja luontaistuotteita potilas käyttää. Tämän tarkoituksena on varmistaa, että vastaako potilaan lääkelista käytössä olevaa lääkitystä. Ajankoh-
tainen lääkelista on turvallisen lääkehoidon yksi edellytys. (Inkinen ym. 2015, 50–51.)

Kotisairaалassa noudatetaan kansallisia ja kansainvälisiä hoitosuosituksia sekä hoito-
ohjeita eri sairausryhmien hoidossa. Kotisairaalan työntekijältä vaaditaan monipuoli-
sta kliinisen hoitotyön osaamista. Sairaanhoidajat huolehtivat erilaisista hoitotoi-
menpiteistä ja tutkimuksista itsenäisesti. Hoitajan tulee kyetä ymmärtämään erilaisia
syy ja seuraussuhteita sekä reagoimaan muutoksiin. Tarvittaessa hoitaja konsultoi
muutoksista kotisairaalan lääkäriä. (Sairaanhoidajan työnkuva kotisairaалassa 2016.)

Hoitajan tulee valmistautua verikokeiden ottoon ennakkoon siten, että potilasta en-
sinnäkin ohjeistetaan verikokeiden otosta. On tärkeää, että potilas tietää milloin ko-
keet otetaan, missä ne otetaan ja miten potilaan niihin tulee valmistautua. Sairaanhoidaja
tulostaa potilaan verikokeisiin tarvittavat tarrat, ottaa oikeat verikoeputket,
sekä laukun, jossa on verikokeiden ottoon tarvittavat välineet. Sairaanhoidajan tulee
tietää verikokeen ottamiseen, veriputkien säilyttämiseen, että kuljettamiseen liitty-
vät erityispiirteet aina laboratorioon saakka. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011.)
Verikokeiden ottamisen jälkeen sairaanhoidaja kirjaa potilaan kotisairaalan lääkärin-
kirjalle ja pyytää lääkäriä katsomaan tulokset. Sairaanhoidaja tai lääkäri kertoo poti-
laalle tulokset. Kotisairaалassa ei voida ottaa röntgenkuvia. Lääkäri voi määrätä poti-
laalle keuhkokuvan, mutta silloin potilaan tulee käydä kuvissa röntgenissä omatoimi-
sesti joko omalla terveysasemalla tai keskussairaалassa. (Sairaanhoidajan työnkuva
kotisairaалassa 2016.)

Pneumoniapotilaiden ohjauksessa sairauden uusiutumisen ehkäisy on tärkeää. Pneumonia alkaa usein ylähengitystietulehduksista tai keuhkoputkentulehduksesta. Infektioiden ehkäisy hyvällä käsihygienialla on keskeistä. Myös mahdollisen tupakoinnin lopettaminen kuuluu taudin ehkäisyyn. Influenssa- ja pneumokokkrokotteet ovat osa taudin ehkäisyä. (Alahengitystieinfektiot: Käypä hoito -suositus, 2015). Terveysneuvonta ja potilasohjaus kuuluvat sairaanhoitajan työnkuvaan kotisairaalahoidossa. Kotona annetaan lääkeohjausta sekä yleistä terveysneuvontaa. Asiakaslähtöisyys on keskeistä. Tarkoituksena on, että potilas ja omaiset osallistuvat aktiivisesti hoitoon. Kotihoito-ohjeet ovat tärkeitä ja sairaanhoitajan tulee perustella neuvot, jotka hän on antanut potilaalle. Potilaan omatoimisuutta tuetaan kuntouttavalla työotteella, sekä olemassa olevaa toimintakykyä arvostetaan. Potilasohjauksessa otetaan huomioon sairauksien, tapaturmien ja terveysongelmien ehkäisy. Neuvot ja vaihtoehdot perustellaan kattavasti, potilaille tarjotaan myös tukipalveluita, kuten esimerkiksi toimintaterapeutin tai fysioterapeutin käyntejä. Kotisairaalan potilaalla on myös mahdollisuus saada sosiaalihoitajan palveluja. Sosiaalihoitaja antaa ohjausta sosiaalieduista, kuten esimerkiksi eläkkeensaajan hoitotuesta ja omaishoidontuesta. (Sairaanhoitajan työnkuva kotisairaалassa 2016.) Tarvittaessa omaiset voidaan ohjata psykiatrisen tai muun tarvittavan hoidon piiriin. Psykososiaalisen tuen antaminen myös omaisille on tärkeää ja korostuu erityisesti vakavasti sairaiden ja saattohoitopotilaiden kohdalla. (Sairaanhoitajan työnkuva kotisairaалassa 2016.)

Pneumoniapotilaan terveydentilaa seurataan jokaisella kotikäynnillä mittaamalla potilaan elintoimintoja ja havainnoimalla potilaan yleistilaa. Hapetusta seurataan, sillä potilas saattaa tarvita lisähappea, jos saturaatio laskee alle 92 %:n. Normaalisti happeutuva potilas kykenee puhumaan kokonaisin lausein ja hengitystyö sekä hengitysäänit ovat rauhallisia. Vaikeutuneesta hengitystyöstä kertoo, että potilas puhuu muutamin sanoin tai potilaan hartiat ja rintakehän apulihakset ovat mukana hengitystyössä. Potilaan huulet voivat sinertää ja potilas on levoton. (Matilainen 2014.)

Potilaan syke voi nousta joko kivusta esimerkiksi yskiessä, kuumeesta tai vaikeutuneesta hengitystyöstä. Potilaalta voidaan kysellä yskien nousevan liman väristä ja koostumuksesta. Istuma-asento ja liike voinnin mukaan irrottavat limaa herkemmin kuin vuodelepo. Liman irrotukseen voidaan potilaalle viedä PEP-pullo. Puhaltaessaan pulloon saadaan ilma kulkemaan liman taakse ja lima nousee kohti ylempiä hengitysteitä ja potilaan on helpompi yskiä lima pois. (Laakso 2012.)

Sairaanhoitaja arvioi potilaan yleistilaa kiinnittäen huomiota ihon väriin, väsymykseen, ravitsemukseen ja nestehoitoon. Painon lasku saattaa kertoa potilaan kuivumisesta, pahoinvoinnista tai huonosta ruokahalusta pneumonian aikana. Potilaan nesteiden menoa voidaan arvioida nestelistalla, johon potilas merkkää nauttimansa nesteet. (Tunturi 2013.) Hoitaja voi ohjata potilasta nauttimaan ravintoa pieniä määriä useammin, jos potilaalla on pahoinvointia tai ruokahaluttomuutta. Hoitaja voi myös pyytää lääkäriä kirjoittamaan pahoinvointilääkettä. Potilaan tukeminen fyysiseen aktiivisuuteen on tärkeää, sillä vuodelepo altistaa esimerkiksi laskimotromboosien syntymiselle. Potilaan voinnin kohenemisesta ja lääkehoidon tehoamisesta kertoo myös kuumeen lasku ja potilaan voinnin koheneminen. Potilaan omat tuntemukset

on tärkeää huomioida. Potilaalle on hyvä kertoa, että pneumoniasta toipuminen saattaa kestää viikkoja. (Matilainen 2015.)

7.3 Hoitojakson päättyminen

Potilaan kotisairaalahakso päättyy potilaan paranemiseen tai potilaan siirtymiseen jatkohoitoon keskussairaalaan (Sairaanhoitajan työnkuva kotisairaалassa). Verikokeilla seurataan tulehdusarvon, CRP:n laskemista sillä se kertoo tulehduksen paranemisesta ja lääkehoidon tehoamisesta potilaan voinnin kohenemisen ohella. (Eskelinen, 2016.) Lääkäri tekee päätöksen potilaan kotisairaalahakson loppumisesta. Potilaalle tehdään hoitotyön yhteenveto saamastaan kotisairaalahoidosta ja potilas ulos kirjataan kotisairaалasta.(Sairaanhoitajan työnkuva kotisairaалassa.) Hoitotyön yhteenveto on tiivistetty kuvaus potilaan tulo- ja lähtötilanteesta sekä saamasta hoidosta hoitojaksolla, se on yhdessä lääkärin kirjoittaman epikriisin kanssa tärkeä tiedonlähde seuraavaa hoitopaikkaa varten (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2014). Potilaalle palautetaan avaimet ja hoidossa käytetyt hoitotarvikkeet viedään pois potilaan kotoa. Kotisairaalan lääkäri kirjoittaa epikriisin kotisairaalahoidosta hoitojakson loputtua. Potilas voi olla yhteydessä kotisairaalaan hoitojakson loppumisen jälkeen ja keskeytynyt hoito voidaan aloittaa myös uudelleen. (Sairaanhoitajan työnkuva kotisairaалassa.)

8 Pohdinta

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen. Kotisairaaloiminta Jyväskylässä on suhteellisen uutta ja kotiin annettavien palveluiden määrä lisääntyy tulevaisuudessa. Nämä syyt ja mielenkiinto kotisairaaloimintaa kohtaan olivat innoittamassa työn tekemistä. Pneumoniaa esiintyy iästä riippumatta ja sen yleisyys on lisääntymässä tulevaisuudessa (Koskela 2013, 1349–1355). Tämän vuoksi haluttiin lisätä omaa hoitotyön asiantuntijuutta ja näin pneumoniatilapotilaat valikoituivat hoitoprosessin kohderyhmäksi. Työn tuotoksena syntyneelle hoitoprosessikaaviolle oli selkeä tarve Jyväskylän kotisairaалassa.

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan tarkastella kahden käsitteen validiteetin eli pätevyyden ja reliabiliteetin eli pysyvyyden avulla (Kananen 2012, 164). Pneumoniapotilaan hoitoon liittyvän tiedonhaussa käytettiin useita sosiaali- ja terveysalan hakukoneita sekä etsittiin ja käytettiin näyttöön perustuvaa uutta tietoa. Luotettavuutta lisää alkuperäistutkimuksien ja alkuperäisten lähteiden käyttäminen.

Työssä kuvattiin keskeiset käsitteet mahdollisimman tarkasti toistettavuuden mahdollistamiseksi, ja käytettiin samoja kuvattuja käsitteitä koko työn ajan. Työ on tehty Jyväskylän kotisairaалasta, joten sitä ei voida yleistää muualla toimiviin kotisairaалoihin sellaisenaan. Toistettavuus on luotettavaa, mikäli kotisairaalan toiminta pysyy samanlaisena Jyväskylässä. Tutkimuslupaa haettiin, jotta saatiin tietoja pneumoniapotilaiden määristä ja hoitajaksojen pituudesta kotisairaалassa. Tutkimusluvan

myötä selvitettiin kotisairaalan perehdytyskansiosta ja opiskelijavastaavalta tietoa hoitoprosessin eri vaiheista ja hoitomenetelmistä. Työssä ei käytetä arkaluoteista tietoa. (Hirsjärvi ym. 2010. 26–28).

Pneumoniapotilaan hoitoprosessista muodostettiin kokonaiskuva kotisairaalan perehdytyskansion ja henkilökunnan avulla. Tietojen oikeellisuus on tarkistettu kotisairaalan puolesta, joten kokonaiskuvaa voidaan pitää luotettavana. Hoitoprosessin ymmärtäminen mahdollisti kaavion työstämisen. Kehittämistyössä luotettavuutta on tuotoksen käyttökelpoisuus ja hyödyllisyys (Toikko ym. 2009). Kehittämistyön tuotoksena syntynyt kaavio on meidän tulkinta hoitoprosessin kriittisistä vaiheista. On siis mahdollista, että kaavio muuttuisi sisällöltään tekijän mukaan.

8.2 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Tässä opinnäytetyössä tehtiin kehittämistyö, jossa kuvattiin auki Jyväskylän kotisairaalan pneumoniapotilaan hoitoprosessi. Työssä avataan Jyväskylän kotisairaalan toimintaa ja pneumoniapotilaan hoitoa koti-olosuhteissa. Työn tuotoksena tehtiin kaavio, joka havainnollistaa ja selkeyttää pneumoniapotilaan hoitoprosessin Jyväskylän kotisairaалassa. Hoitoprosessin kuvaaminen mahdollistaa käytänteiden yhtenäistämisen työntekijöiden, lisää potilasturvallisuutta ja mahdollistaa uusien työntekijöiden, sijaisten ja opiskelijoiden perehtymisen Jyväskylän kotisairaalan hoitoprosessiin.

Prosessiin liittyy erilaisia toimintoja, joiden tarkoituksena on saavuttaa haluttu tulos. Terveystenhuollon prosesseilla tarkoitetaan toimintoja, joiden tarkoituksena on vaikuttaa potilaan terveydentilaan joko suoraan tai epäsuoraan yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 66–67.)

Potilaan hoitoprosessi koostuu terveysongelman määrittämisestä, hoidon suunnittelusta, hoidon toteutuksesta ja hoidon arvioinnista. (Vuokko ym. 2011, 61). Terveystenhuollon prosessien tarkoituksena on lisätä tietoa ja ymmärrystä palveluprosessin erilaisista vaiheista. Prosessin kuvaamisessa kerrotaan erilaiset työvaiheet ja työvaiheissa olevat vastuulliset toimijat. Terveystenhuollon prosesseille on ominaista, että prosessin eteneminen on pitkäkestoista, monivaiheista ja prosesseihin liittyvä tieto perustuu tutkimustoimintaan. Prosessikuvauksien tavoitteena on yhteen toimimisen, turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden lisääminen. (Vuokko ym. 2011, 4, 13). Tässä työssä käytetään sanaa hoitoprosessi, kun kuvataan sitä, miten potilas valikoituu kotisairaalan potilaaksi, miten hänen hoitonsa kotisairaalassa etenee, ketkä hoitoon osallistuvat, ja miten hoito päättyy tai miten jatkohoito toteutetaan.

Opinnäytetyön tuloksena syntynyt hoitoprosessikaavio lisää tietoutta pneumoniatilaa hoitoprosessista. Haluttiin luoda selkeä kaavio, josta nopealla silmäilyllä hahmottuu pneumoniatilaa hoitoprosessi. Tämän vuoksi kaaviosta jätettiin pois yksityiskohtaiset pneumoniatilaa voinnin seuraamiseen liittyvät raja-arvot. Kaavion muotoilussa pidettiin mielessä, että kaavion käyttäjät ovat pääasiassa hoitotyön ammattilaisia, joille pneumoniatilaa hoitoon liittyvät perusasiat ovat hallussa.

Jokaisesta prosessivaiheesta nostettiin tarkoituksella esille keskeisimpiä asioita. Tämä saattaa lisätä hoitoprosessin kokonaisvaltaista ja nopeaa ymmärtämistä. Teksti ja kaavio etenevät työssä samassa kronologisessa järjestyksessä. Lisätiedon löytäminen tarvittaessa käy tämän vuoksi nopeasti ja kätevästi. Kuitenkin vasta käytäntö osoittaa, että helpottaako hoitoprosessikaavio uusien työntekijöiden hoitoprosessi kokonaisuuden sisäistämistä. Olisi mielenkiintoista tutkia tai tehdä vertaisarviota uusille työntekijöille, että miten tai kuinka paljon hoitoprosessikaavio on selkeyttänyt pe-

rehdytystä työhön. Tämä vaatisi kuitenkin osan työntekijöiden perehdyttämisen ilman kaaviota ja toinen vertaisryhmä perehdytettäisiin hoitoprosessikaavion näkemisellä sekä opinnäytetyömme lukemisella.

Työn tuotoksena syntynyttä hoitoprosessikaaviota voidaan hyödyntää Jyväskylän kotisairaalan muiden potilasryhmien hoitoprosessin kuvaamisessa tai hahmottamisena. Kaavion voisi laittaa sähköiseen muotoon, jolloin sen monipuolinen hyödyntäminen mahdollistuisi. Kaavio olisi niin sanottu kartta, jossa jokaiseen hoitoprosessin vaiheeseen olisi linkitetty siihen kuuluvat kaavakkeet ja ohjeet. Näin työntekijöillä olisi kaikki tarvittava tieto uusine ohjeineen kartassa linkkien takana. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa pneumoniapotilaan sairaalatasoisesta hoidosta kotiolo-suhteissa. Tämän vuoksi pneumoniaa käsiteltiin monipuolisesti sairautena, sekä kotona tapahtuvan sairaalatasoisen hoidon näkökulmasta. Työn myötä tieto sairaalatasoisesta hoidosta kotiolo-suhteissa voi lisääntyä.

Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari V. & Uski-Tallqvist T. 2015. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.-5. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajat. Näyttöön perustuva hoitotyö, Sairaanhoidaja-lehti. Viitattu 9.5.2017. <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>

Alahengitystieinfektiot (aikuiset). 2015. Käypä hoito-suositukset. Duodecim. Julkaistu 02.01.2015. Viitattu 15.3.2017. <http://kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50100#NaN>

Almirall, J., Bolívar, I., Toran, P., Pera, G., Boquet, X., Balanzó, X. & Sauca, G. 2004. Contribution of C-Reactive Protein to the Diagnosis and Assessment of Severity of Community-Acquired Pneumonia. Chest 2004; 125; 1335-1342. Viitattu 30.1.2017. http://home.smh.com/sections/services-procedures/medlib/Pandemic/Pan_Geriatrics/PanGer_19_Almirall_050309.pdf

Asiakasmaksulaki 1992/734, 6 a §. Annettu 3.8.1992. Viitattu 8.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>

Beck, J., Kelly, J., Wilkinson, A., Cvorovic, V. & Chinn, D 2016. Hospital at home – The five model: an effective, cost-saving, alternative to acute hospital admission for the frail elderly population. Oxford academic. Age and ageing, British Geriatrics Society. Viitattu 9.5.2017. https://academic.oup.com/ageing/article/45/suppl_1/i4/2563052/15-HOSPITAL-AT-HOME-THE-FIVE-MODEL-AN-EFFECTIVE

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 7.5.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1

Eskelinen, S. 2016. CRP (P-CRP) Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 10.3.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03052

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilas turvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännöllisesti. Helsinki. Edita Prima Oy.

Henkilötietolaki 22.2.1999/523. Viitattu 2.4.2017

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.–16. p. Helsinki: Tammi.

Hoidon ja palvelun kirjaaminen Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalveluissa. 2014. Jyväskylä

Honkanen, E. 2016. Kotisairaaloiminnasta. Kyllön neuvotteluhuone, luentomateriaali. Jyväskylän kotisairaala.

Honkanen P., 2015. Terveysportti, Lääkärin käsikirja, Keuhkokuume. Julkaistu 18.11.2016. Viitattu 17.11.16

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00167

Hovilainen-Kilpinen, T. & Oksanen, H. 2011. Lähihoitaja käsikirja. 3. painos. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.

Huttunen J. 2015. Mitä terveys on? Duodecim. Terveyskirjasto. Julkaistu 10.11.2015. Viitattu 15.3.17

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903

Hägg T., Rantio M., Suikki P., Vuori A. & Ivanoff-Lahtela P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoidosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.3.2017.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Tampereen yliopistopaino.

Kinnunen, M. 2013. Turvallinen lääkehoito. Julkaisussa Sairaanhoidaja & lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Koivisto, T. 2016. Kotisairaala perehdytyskansio. Jyväskylän kotisairaala.

Koivisto, T. 2017. Osastonhoitaja. Keski-Suomensairaanhoitopiiri. Sähköposti 15.3.2017.

Kortelainen, R. 2016. Iäkkäät asukkaat ja vanhuspalvelut-Jyväskylän kaupunki. Viitattu 4.12.2016.

http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/83252_Vanhuspalvelut_27_04_2016_asiakasrati_rk_A.pdf

Koskela, H. 2013. Keuhkokuumeen aiheuttama sairaalahoidon tarve nyt ja tulevaisuudessa. Lääkärilehti, 68, 18, 1349-1355. Viitattu 4.12.2016.

<http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/keuhkokuumeen-aiheuttama-sairalahoidon-tarve-nyt-ja-tulevaisuudessa>

Laakso, M. 2012. Astmapotilaan hoito osastolla. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Sairaanhoidajan tietokannat.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=keuhkokuume

Laaksonen, C., Suvivuo, P. & Kuukasjärvi, A. (toim.) 2015. Terveesti nyt ja huomenna. Näkökulmia yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveyden edistämiseen. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 219. Tampere: Juvenes Print Oy.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista, 629/2010 1§. Annettu 24.6.2010. Viitattu 7.5.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista, 629/2010 5§. Annettu 24.6.2010. Viitattu 7.5.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>

Manning, S. 2016. A multiple case study of patient journeys in Wales from A & E to hospital ward or home. British Journal of Community Nursing. October 2016. Vol 21, No 10. Viitattu 16.3.2017.

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=d3b19702-ca39-4995-9789-1be6c9bcb442%40sessionmgr4009&hid=4114>

Matilainen E. 2014. Hengenahdistus. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Sairaanhoidajan tietokannat. Viitattu 8.3.2017.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=

Matilainen I., 2015. Keuhkokuumeepotilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Sairaanhoidajan tietokannat. Terveysportti.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/shk/koti>

Mikkonen A. 2017. Sairaanhoidaja. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Sähköposti. 8.3.2017

Mitä on potilasturvallisuus? 2014. Laatu ja potilasturvallisuus. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 11.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Potilasohjaus 2016. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 15.3.2017.

<http://www.ksshp.fi/fi->

[FI/Ammattilaiselle/Hoitotyö/Nayttoon perustuvat hoitotyön ydintoiminnot/Ohjaus \(44756\)](FI/Ammattilaiselle/Hoitotyö/Nayttoon_perustuvat_hoitotyön_ydintoiminnot/Ohjaus(44756))

Potilassiirrot. N.d. Ergonomia. Työterveyslaitos. Viitattu 7.2.2017.

<https://www.ttl.fi/tyontekija/tuki-liikuntaelinten-terveys/ergonomia/potilassiirrot/>

Potilasturvallisuus 2017. Sote-uudistus. Terveiden-ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 8.5.2017. <https://www.thl.fi/sv/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Rigoff, A-M. & Herrala, J. (toim.) 2010. Terveiden edistäminen erikoissairaanhoitos- sa. Raportti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja TedBM-hankkeen yhteistyöstä 2007-2009. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Sairaanhoidajan työnkuva kotisairaalassa 2016. Jyväskylän kotisairaala.

Sote uudistuksen tavoitteet. N.d. Sote-ja maakuntauudistus. Viitattu 7.12.2016.

<http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>

Shepperd, S., Doll, H., Angnus, RM., Clarke, MJ., Iliffe, S., Kalra, L., Ricauda, NA. & Wilson, AD. 2008. Admission avoidance hospital at home. Viitattu 16.3.2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033791/>

SPAT-luokitus. 2016. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 4.5.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoolto/opiskeluterveydenhuolto/avohilmo-kirjaukset/spat-luokitus>

Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 12§. Annettu 30.12.2010. Viitattu 15.3.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Työturvallisuuslaki 2002/738, 1§. Annettu 23.8.2002. Viitattu 10.3.2017

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Toiko T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Juvenes Print.

Tunturi, P. 2013. Nestetasapainon arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Terveysportti. Viitattu 21.3.2017

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=nestetasapaino

Työturvallisuuslaki 2002/738, 1§. Annettu 23.8.2002. Viitattu 10.3.2017

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. Terveydenhuollon toimintaprosessit. Terveydenhuollon yleiset prosessit sekä niiden tarkennukset. 2011. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 2.4.2017. <http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/80351/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79.pdf?sequence=1>